



Programa de  
**MAESTRÍA y  
DOCTORADO** en  
Ciencias Médicas  
Odontológicas  
y de la Salud

Ciudad Universitaria, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**DR. EDGAR ZENTENO GALINDO** Coordinador  
del Programa de Maestría y Doctorado en  
Ciencias Médicas, Odontológicas y De la Salud.  
P r e s e n t e

Con base en la Legislación Universitaria me **comprometo** a cubrir todos los requisitos en tiempo y forma que marca la presente convocatoria y calendario establecidos por el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, promoción 2018-2, y ratifico mi compromiso de realizar dichos trámites personalmente y no solicitar prórrogas para las actividades contempladas en esta convocatoria.

En caso de ser aceptado para realizar mis estudios de Maestría o Doctorado, me comprometo a cumplir con lo establecido en el Reglamento General de Estudios de Posgrado, los Lineamientos Generales para el Funcionamiento del Posgrado y las Normas Operativas del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

---

Nombre Completo y Firma del Aspirante

---

Campo del Conocimiento

---

Teléfono (domicilio y móvil)

---

Correo electrónico